

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

A: Cualquier médico, hospital, clínica, escuela, terapeuta, o agencia

Otro: _____

CONCERNIENTE A: _____
(Nombre del niño[a] o adulto)

Al firmar esta forma, se autoriza a(l):

- Departamento de Servicios Sociales de California, Oficina de Adopciones
- otro: _____

a recibir cualquier información que haya en sus expedientes, concerniente al suscrito(a) y (si es pertinente) al niño nombrado arriba, incluyendo:

- información e historial médicos
- información e historial psicosociales
- resultados de pruebas o exámenes
- otra información: _____.

La información que se pide es necesaria en un estudio del hogar que la agencia que se menciona arriba está haciendo sobre una adopción propuesta. La información que no conduzca a la identificación que se reciba tocante a los padres biológicos o al(los) posible(s) niño(s) adoptivo(s) será compartida con el/la(los) padre/madre(padres) adoptivo(a)(s), antes de la conclusión de la adopción. No se divulgará ninguna información que conduzca a la identificación, a menos que la ley lo permita.

Esta autorización permanecerá en vigor 12 meses a partir de la fecha en que se firmó, la cual aparece enseguida.

Firma de la(s) persona(s) que autoriza(n) la divulgación de la información _____

Fecha: _____

Parentesco de la(s) persona(s) que autoriza(n) la divulgación de la información: _____